

## **IIZ: Optima-Vollmacht und Optima-Teilnahmebestätigung**

Name, Vorname .....  
Adresse .....  
Geburtsdatum .....  
Telefonnummer / Email .....  
Vers.-Nr. / AHV-Nr. ....

---

Der Zweck von Optima ist die Optimierung der Arbeitsmarktintegration im Kanton Luzern. Eingliederungsspezifische Aufgaben werden von derjenigen Institution übernommen, welche dafür am besten geeignet ist – unabhängig von der jeweiligen Zuständigkeit.

Um eine umfassende Unterstützung anbieten zu können, sind die involvierten Institutionen darauf angewiesen, untereinander die für die berufliche Eingliederung notwendigen Informationen austauschen können. Zusätzlich kann es hilfreich sein, bei weiteren Fachstellen und Fachpersonen eingliederungsrelevante Auskünfte und Unterlagen einholen zu dürfen (z.B. Ärztinnen, Therapeuten, Rechtsanwältinnen, Beistände, Kranken- und Unfallversicherungen, andere Beratungsstellen).

### **Involvierte Institutionen**

Auftraggeber:.....

Auftragnehmer:.....

Zielsetzung:.....

.....

Die unterzeichnende Person ist mit der Zusammenarbeit im Rahmen von Optima einverstanden und bestätigt, dass die involvierten Institutionen, Fachstellen/-personen und Arbeitgebende für die Eingliederung notwendige Informationen austauschen dürfen. Der Datenaustausch geschieht unter vollständiger Wahrung des Persönlichkeitsschutzes und Beachtung der entsprechenden gesetzlichen Regelungen. Sobald die Zusammenarbeit im Rahmen von Optima beendet wird, erlischt die Vollmacht automatisch.

Datum: .....Unterschrift: .....

